

Cáncer de páncreas

Pancreas cancer

Segundo Rebaza Vásquez¹

¹ Editor Asociado de la Revista de gastroenterología del Perú. Lima, Perú.

Recibido: 28-5-2016

Aprobado: 30-5-2016

Según estadísticas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo (OCDE), el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo siendo la tasa de mortalidad por todos los cánceres en el 2009 de 124 y 208 por 100 000 habitantes para mujeres y hombres respectivamente ⁽¹⁾.

El cáncer de páncreas (CP) es el décimo segundo cáncer más común en el mundo, con más de 330 000 nuevos casos al año ⁽²⁾. Es la cuarta y quinta causa de muerte relacionada al cáncer en Estados Unidos y Europa respectivamente ⁽³⁾. Las tasas más altas de incidencia se encuentran en los países desarrollados -13,6 por 100 000 en hombres en USA ⁽⁴⁾. En el Perú, según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana la incidencia es de 3,91 por 100 000 habitantes ⁽⁵⁾.

El tabaco es el factor de riesgo más asociado al cáncer de páncreas, pero sólo se puede atribuir a este alrededor del 25 % de los casos con diagnóstico reciente ⁽⁶⁾. Otros factores de riesgo asociados son la edad, la diabetes, la pancreatitis crónica y la obesidad ⁽⁷⁾. La proporción de cáncer de páncreas que puede ser atribuido a exposiciones laborales es aproximadamente del 12%, aunque representan un pequeño porcentaje, es importante identificarlos pues pueden ser prevenibles ⁽⁶⁾. Dentro de los agentes cuya exposición se ha asociado con más consistencia a esta neoplasia maligna son los hidrocarburos clorados u órgano-clorados ⁽⁴⁾.

A diferencia de otros tumores malignos sólidos, la tasa de sobrevida a 5 años del cáncer de páncreas no ha mejorado significativamente en las últimas décadas, permaneciendo alrededor del 7% ⁽⁸⁾. Generalmente, el adenocarcinoma pancreático se diagnostica tardíamente, de modo que menos del 20% son susceptibles de cirugía curativa, el 30% es localmente avanzado y aproximadamente el 50% es metastásico ⁽⁹⁾. Debido a esto, es muy importante hacer el diagnóstico temprano y correcto así como precisar el estadio exacto para elegir las opciones terapéuticas adecuadas.

En tal sentido, la tomografía (TC), la resonancia magnética (RM) y la ultrasonografía endoscópica (USE) desempeñan un papel crucial y complementario. Las primeras deberían ser de elección en pacientes en quienes se sospecha cáncer de páncreas y proveen, además del diagnóstico, información sobre metástasis cercanas al tumor o a distancia ⁽¹⁰⁾ y la USE es crucial en evaluar a pacientes con enfermedad no metastásica, que parecen resecables en las imágenes iniciales ⁽¹¹⁾.

La USE-FNA es técnicamente exitosa en 90 a 95% de procedimientos, con sensibilidad y especificidad para cáncer del 85% y 95% respectivamente ⁽¹²⁾. Se han desarrollado nuevas técnicas que mejoran el rendimiento de la USE-FNA y se usan complementariamente; como la USE elastográfica y la USE-CE, que utiliza una sustancia de contraste ultrasonográfica ⁽¹³⁾. Este último muy útil en determinar el compromiso vascular, que constituye el parámetro más importante para determinar la resecabilidad del tumor en ausencia de metástasis a distancia ⁽¹⁴⁾.

Un justificado interés se está desarrollando en el cáncer de páncreas localmente avanzado. Quimioterapia, radioterapia, quimio-radioterapia seguida o no de cirugía R0, están en investigación. En un meta análisis se encuentra que el folfirinox administrado sistémicamente mejora significativamente el promedio de sobrevida de estos pacientes ⁽¹⁵⁾. Asimismo se están investigando métodos de ablación que incluyen: crioablación, radiofrecuencia, ultrasonido de alta intensidad focalizado y electroporación (electropermeabilización) irreversible; siendo este último el que mejor utilidad tendría ⁽¹⁶⁾.

Es muy importante, por tanto, realizar intervenciones en los factores de riesgo para esta neoplasia maligna y proveer a las instituciones de salud de los medios de diagnóstico referidos y el personal debidamente entrenado a fin de proporcionar al paciente el tratamiento adecuado para el estadio correctamente determinado.

BIBLIOGRAFÍA

1. OECD iLibrary. OECD Health Data 2011. All Cancers mortality rates, males and females, 2009 (or nearest year) [Internet]. Paris, France: OECD iLibrary; 2011 [citado el 13 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/888932523424>
2. World Cancer Research Fund International. Pancreatic Cancer Statistics [Internet]. London: WCRF International; 2012 [citado el 13 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/pancreatic-cancer-statistics>
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(1):5-29.
4. Santibañez M, Vioque J, Alguacil J, Garcia de la Hera M, Moreno-Osset E, Carrato A, et al. Occupational exposures and risk of pancreatic cancer. *Eur J Epidemiol*. 2010;25(10):721-30.
5. Paget Meza E, Pérez Mejía P, Poquioma Rojas EC, Ubillús Trujillo M. Estudio de Incidencia y mortalidad. Vol. IV. En: Registro de cáncer de Lima Metropolitana. Lima: INEN; 2013. p. 181.
6. Andreotti G, Silverman DT. Occupational risk factors and pancreatic cancer: a review of recent findings. *Mol Carcinog*. 2012;51(1):98-108.
7. Alguacil J, Kauppinen T, Porta M, Partanen T, Malats N, Kogevinas M, et al. Risk of pancreatic cancer and occupational exposures in Spain. PANKRAS II Study Group. *Ann Occup Hyg*. 2000;44(5):391-403.
8. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014;15(1):23-34.
9. Sharma C, Eltawil KM, Reufrew PD, Walsh MJ, Molinari M. Advances in diagnosis, treatment and palliation of pancreatic carcinoma: 1990-2010. *World J Gastroenterol*. 2011;17(7):867-97.
10. Seufferlein T, Bachet JB, Van Cutsem E, Rougier P; ESMO Guidelines Working Group. Pancreatic adenocarcinoma: ESMO-ESDO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2012;23 Suppl. 7:vii33-40
11. Saftoiu A, Vilmann P. Role of endoscopic ultrasound in the diagnosis and staging of pancreatic cancer. *J Clin Ultrasound*. 2009;37(1):1-17.
12. Hewitt MJ, McPhail MJ, Possamai L, Dhar A, Vlavianos P, Monahan KJ. EUS-guided FNA for diagnosis of solid pancreatic neoplasms: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2012;75(2):319-31.
13. Kamata K, Kitano M, Omoto S, Kadosaka K, Miyata T, Minaga K, et al. New endoscopic ultrasonography techniques for pancreaticobiliary diseases. *Ultrasonography*. 2016 Apr 12. Doi: 10.14366/usg.15042. [Epub ahead of print]
14. Buch NC, Chilcott M, Poletti PA, Buhler LH, Morel P. Vascular invasion in pancreatic cancer: Imagen modalities preoperative diagnosis and surgical management. *World J Gastroenterol*. 2010;16(7):818-31.
15. Suker M, Beumer BR, Sadot E, Marthey L, Faris JE, Mellon EA, et al. Folfirinox for locally advanced pancreatic cancer : a systematic review and patient-level meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2016 May 6. Pii: S1470-2045(16)00172-8. Doi: 10.1016/S1470-2045(16)00172-8 [Epub ahead of print]
16. Linecker M, Phammatter T, Kambakamba P, De Oliveira ML. Ablation strategies for locally advanced pancreatic cancer. *Dig Surg*. 2016;33(4): 351-9.